

PREGUNTAS FRECUENTES
SERVICIO DE SALUD PARA EMPLEADOS

1. **DOCUMENTACION A PRESENTAR AL MOMENTO DE COTIZAR:**
Para que su propuesta sea considerada, al momento de la presentación de ofertas deberá presentar la siguiente información incluida en el pliego:
 - Formulario SF-33
 - Sección B, Esquema de Precios en B.2,
 - Sección B, Montos de Retenciones en B.3,
 - Sección K, Manifestaciones y Certificaciones,
 - Información adicional requerida en la Sección L.
2. **CUALES SON LOS GRUPOS DE EMPLEADOS A SER CUBIERTOS POR EL CONTRATO:** Los beneficiarios de este seguro de salud se enumeran en el punto C.6 del pliego (empleados elegibles). La cantidad de participantes del contrato actual es 534 (incluyendo las coberturas opcionales descriptas en C.16 (familiares directos) & C.17 (jubilados)
3. **CUANTOS AÑOS PUEDE DURAR EL CONTRATO?** La duración total de este contrato, incluido el año base y las opciones no podrán exceder los 5 años.
4. **EL PRECIO DEBE SER FIJO POR LOS 5 AÑOS DEL CONTRATO?**
El precio debe ser fijo aunque no necesariamente el mismo para cada año opcional. La cotización es por un año (periodo base) y cuatro años opcionales.
5. **MAS ALLA DE LA POSIBILIDAD DE COTIZAR EN FORMA DIFERENCIADA LOS 5 AÑOS CONTRACTUALES, EXISTE ALGUN MECANISMO ADICIONAL DE AJUSTE?** Si, existe un mecanismo de ajuste económico que, para invocarse, deberá cumplimentarse lo establecido en el punto B.4 del pliego.
6. **CUAL ES EL MECANISMO UTILIZADO PARA EJERCER LOS AÑOS OPCIONALES?** La opción de prórroga es exclusivamente a decisión de la Embajada y deberá realizarse de acuerdo a los métodos establecidos en los puntos F3 y I.2
7. **DEJARA EL EMPLEADO DE CONTAR CON LA COBERTURA MEDICA DURANTE EL PERIODO OPCIONAL DE SEIS MESES DE LICENCIA POR MATERNIDAD SIN GOCE HABERES (C.8.2.1)?**
Durante los seis meses de excedencia sin goce de haberes establecidos por la ley argentina, el empleado no realiza aportes a su obra social ni tampoco el Gobierno le abonará prima alguna a favor del beneficiario (cláusula C.8.2).

Por lo tanto, el empleado tiene el derecho de renunciar voluntariamente al plan durante el período de licencia sin goce de haberes. Al final del período de excedencia de licencia por maternidad sin goce de haberes, el contratista deberá reincorporar al empleado como beneficiario con cobertura a partir del primer día del mes siguiente (Cláusula C.8.2.1).

8. **LAS TARIFAS PARA EL PERSONAL DE RESIDENCIAS (ORE) DEBERA SER EL MISMO QUE PARA EL RESTO DEL PERSONAL?** Si.
9. **LAS TARIFAS Y SERVICIOS OFRECIDOS A LOS MIEMBROS NO CUBIERTOS DE LA FAMILIA DIRECTA DE UN EMPLEADO (C.16) Y A LOS JUBILADOS (C.17) DEBERAN SER LOS MISMOS QUE PARA EL RESTO DEL PERSONAL?** Si.
10. **EN EL CASO DE SER ADJUDICADO EL CONTRATO A UN PRESTADOR DIFERENTE AL ACTUAL, EL NUEVO CONTRATISTA DEBERA REGISTRAR AUTOMATICAMENTE TODA LA NOMINA DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR EL CONTRATO ACTUAL?** Si (C.6.4, C.13, C16 y C17).
11. **SE PUEDEN APLICAR EXCLUSIONES O PERIODOS DE CARENCIA EN RAZON DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES?**
No (C.11)
12. **ES REQUISITO EXCLUYENTE LA CONTRATACION DE SEGUROS DE INDEMNIDAD Y RESPONSABILIDAD MEDICA?**
Este requisito es para contratistas que proveen directamente los servicios de salud. En el caso de que el contratista provea los servicios médicos no en forma directa sino a través de terceros, deberá explicar fehacientemente que exigirá a todos sus prestatarios la contratación de los seguros requeridos y que asume responsabilidad por cualquier indemnización establecida por decisión judicial.
13. **ES UN REQUISITO EXCLUYENTE CONTAR CON LA NOMINA DE CENTROS MEDICOS ENUMERADOS EN EL ANEXO D?** No. El contratista podrá ofrecer servicios en centros médicos que no sean los enumerados en el Anexo D, siempre que cumplan con las normas profesionales iguales o superiores y cubran la misma área geográfica.
14. **LOS FOLLETOS PRESTACIONALES, LAS POLIZAS DE SEGUROS, LOS CONTRATOS CON EMPRESAS PARA DAR PRESTACIONES, LAS ACTUACIONES POR MALA PRAXIS, EL MANUAL DEL BENEFICIARIO ETC. DEBEN TAMBIEN ADJUNTARSE A LA OFERTA?** Si, deben ser adjuntadas al pliego completado y formaran parte de la propuesta.

15. COMO DEBE COMPROBARSE LA RELACION ENTRE LOS DISTINTOS PRESTADORES Y LA PREPAGA O AGENTE DEL SEGURO DE SALUD? Si existen instrumentos contractuales que reflejen la relación entre las partes, podrán adjuntar una copia. De no existir tal mecanismo formal o si por su condición es imposible su presentación, necesitarían presentar una nota o declaración jurada firmada por ambas partes acreditando la relación.

16. DADO QUE LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS, GENERALES ETC. DESCRIPTOS EN EL PUNTO B.3 SON UN PORCENTAJE DE LA PRIMA Y ESTA VARIA EN FUNCION DE LA COMPOSICION FAMILIAR Y EDAD, COMO DEBE COMPLETARSE EL CUADRO? UN MONTO FIJO SERIA EXCESIVO POR EJEMPLO PARA UN JOVEN SOLTERO Y ESCASO PARA UN MATRIMONIO CON 3 HIJOS. Los montos de retenciones administrativas forman parte de la prima que deberá cotizarse en el punto B.2. Pasan a jugar un rol importante al momento de solicitar un ajuste de precios de acuerdo al punto B.4 ya que esos montos no pueden ser ajustados. Es decir, si la prima es de \$1000 y el monto de retención es de \$50, el monto sobre el cual se aplicaran los ajustes es \$950.

Entendemos que el monto por el riesgo que asume la empresa por la carencia o característica de cada beneficiario es reflejado en la parte medica de la prima (los \$950 del ejemplo) por lo que la porción administrativa mantendría condiciones constantes en todo el universo de beneficiarios.

Basado en experiencias podemos comentarle que las empresas han cotizado en la mayoría de los casos este punto con un monto fijo promedio.